

介護保険適用除外 該 当
不該当 届

記号	番号	被保険者 氏名	性別	生年月日	備 考
住 所					

記号	番号	被扶養者 氏名	性別	生年月日	続 柄
住 所					

適用除外の事由	該当・不該当の年月日	
① 国外居住者	1 該当 2 不該当	平成 年 月 日
② 身体障害療養施設入居者		
③ 在留期間 3 ヶ月以下の外国人		

帰国日	
現住所	
TEL	

平成 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事 業 主

